

Si prega di compilare il presente modulo in tutte le sue parti, di scrivere in stampatello, allegando la documentazione richiesta e di inviarlo a:

**AON S.p.A. – C.so Aurelio Saffi, 31 - 16128 Genova**

**OGGETTO: Denuncia sinistro su polizza RC PROFESSIONALE COLPA  
GRAVE PER DIPENDENTI PUBBLICI (NON SANITARI)**

Pol. Numero \_\_\_\_\_ Compagnia : \_\_\_\_\_

**Dati ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Via, Piazza) \_\_\_\_\_

CAP - Città - PV \_\_\_\_\_

Tel. / Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' DELL'ASSICURATO**

Incarico / Funzione \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

Con la presente Vi comunico di aver ricevuto in data | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | una richiesta di risarcimento rientrante fra le seguenti circostanze:

- | \_\_\_\_ | notifica dell'invito a dedurre
- | \_\_\_\_ | comunicazione con la quale La Struttura Pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta l'intenzione di ritenermi responsabile per colpa grave successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale e/o stragiudiziale

**DESCRIZIONE DELL'EVENTO**

Luogo di accadimento \_\_\_\_\_

Data di accadimento \_\_\_\_\_

Nominativo del danneggiato \_\_\_\_\_

Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Danni lamentati dal reclamante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**N.B. Qualora l'Assicurato entrasse in possesso della documentazione nei giorni successivi alla denuncia del sinistro, dovrà provvedere ad inviarla immediatamente.**